

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 150

Contribution à l'Étude

DES

ENCHONDROMES du BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Jules-Alphonse BLANCHET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Rives (Isère), le 13 juin 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 150

Contribution à l'Étude

DES

ENCHONDROMES du BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

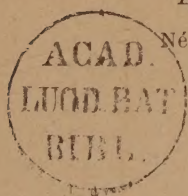
PAR

Pierre-Jules-Alphonse BLANCHET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Rives (Isère), le 13 juin 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.	
Hygiène	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique	ARLOING.	
Pharmacie	LACASSAGNE.	
	COURMONT.	
	SOULIER.	
	CROLAS.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET. Président ; M. ROLLET, Assesseur ;
MM. DURAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de L. on déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON COUSIN

*Je dédie ce travail trop modeste pour la
grandeur de l'affection qu'ils m'ont
témoignée.*

En terminant nos études médicales, il est un devoir dont nous sommes heureux de nous acquitter : c'est celui de remercier tous ceux qui se sont intéressés particulièrement à nous, et nous ont guidé dans notre voie.

M. le professeur Poncet, dont nous avons pu suivre, pendant un semestre d'externat, le savant enseignement, nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous fait l'honneur de la présider ; qu'il reçoive aujourd'hui l'hommage de notre sincère et très respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Ollier nous a donné en chirurgie des notions précises ; ses leçons magistrales, ses grands succès nous ont rempli d'admiration et nous n'oublierons jamais le maître éminent dont les préceptes nous guideront dans notre carrière.

M. le Dr Nové-Josserand, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux, nous a toujours témoigné le plus vif intérêt ; qu'il accepte l'assurance de notre gratitude.

M. le Dr H. Mollière, médecin des Hôpitaux, nous a donné au lit du malade les résultats de sa lon-

gue expérience ; nous adressons à sa mémoire un respectueux souvenir.

M. le Dr Bérard, professeur agrégé à la Faculté, s'est mis à notre disposition avec la plus extrême bienveillance et nous a donné des documents précieux pour notre thèse ; nous le remercions sincèrement.

M. le Dr Tournier a guidé notre inexpérience, il ne nous a jamais ménagé ses précieux conseils ; qu'il reçoive ici l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

M. le Dr Pic, professeur agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux, s'est toujours montré pour nous affable et bienveillant ; qu'il veuille bien accepter le trop faible témoignage de notre gratitude.

Nous devons la traduction des documents étrangers à notre excellent ami M. Bahans, professeur d'anglais et à M. Wiborg, étudiant de l'Université de Berlin ; nous sommes heureux de leur adresser un merci bien amical.

INTRODUCTION

Par enchodromes du bassin nous ne voulons comprendre dans le cadre de cette étude que les tumeurs cartilagineuses développées aux dépens des os de la ceinture pelvienne. Nous laisserons donc de côté toutes les tumeurs à type plus ou moins cartilagineux nées des organes contenus dans le petit et le grand bassin, de même nous ne nous occuperons pas de certaines tumeurs saillant au pli de l'aîne dont la composition histologique semble se rapprocher des tumeurs cartilagineuses. De ces tumeurs les observations ne sont pas très rares. Colsen, Dolbeau, Denonvilliers en rapportent plusieurs exemples. Cruveilhier, qui les avait aussi observées, les appelait « ostéo-chondrophytes pédiculés ». Mais l'origine de ces tumeurs et leur constitution sont trop discutées (à l'heure actuelle on tend à les ranger dans les cancers) pour que nous puissions leur faire une place dans notre étude.

Histologiquement, il est rare qu'on ait affaire à une

tumeur purement du type cartilagineux. Pour Ziegler à l'enchondrome se mêlerait toujours plus ou moins du tissu fibreux, osseux ou sarcomateux. Mais, quoi qu'il en soit on ne saurait refuser aux tumeurs cartilagineuses du bassin une allure clinique un peu particulière et une évolution spéciale, ne fût-ce que par la lenteur de la marche et la rareté des généralisations.

L'histoire clinique des enchondromes du bassin, au moins pour ceux qui grandissent à l'extérieur de la cavité pelvienne a donc, sa physionomie propre et depuis longtemps bien mise en lumière par Dolbeau, Verneuil et d'autres encore. Nous ne tenons, au point de vue des symptômes et du diagnostic, qu'à apporter quelques faits nouveaux qui ne feront, en somme, que confirmer des points déjà découverts et établis. Notre prétention sera tout aussi modeste au point de vue de l'étiologie et du pronostic; le nombre d'observations des tumeurs cartilagineuses du bassin est encore trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes. Nous ne ferons que mettre en relief certains points qui nous ont paru ressortir des observations que nous avons étudiées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne saurions entrer dans de longs détails anatomo-pathologiques à propos des enchondromes du bassin, ce serait inutilement refaire l'histologie des tumeurs cartilagineuses. Nous nous contenterons de rappeler rapidement les traits principaux de ces tumeurs.

Macroscopiquement. — Depuis Dolbeau on a admis, à juste titre, au point de vue du siège de la tumeur, la division en enchondromes se développant à l'intérieur de la cavité pelvienne, ou enchondromes intra-pelviens et en enchondromes naissant au pourtour de la ceinture osseuse, ou enchondromes extra-pelviens.

Les premiers ont une tendance marquée pour siéger vers la symphyse sacro-iliaque, mais toutes les autres parties de la région, la crête iliaque, le corps de l'os iliaque, les branches du pubis peuvent lui donner naissance. Les enchondromes extra-pelviens se développent de préférence sur les branches

pubiennes et font saillie en avant. Mais on a pu les voir se développer dans l'intérieur même de l'os iliaque et faire saillie sur les côtés, au-dessus de l'articulation de la hanche (Obs. de M. le professeur Poncet).

En deux mots, nous dirons que les enchondromes sont des tumeurs dont le volume peut devenir énorme, qu'elles sont irrégulières et bosselées, que, le plus souvent, elles se creusent des cavités kystiques remplies d'un liquide roux, plus ou moins foncé, dû probablement à des ruptures vasculaires.

Microscopiquement. — On retrouve des cellules cartilagineuses d'un type plus ou moins avancé. Tantôt ce sont des cellules rondes du type embryonnaire, tantôt de véritables chondroplastes, avec capsule du type adulte. Ces éléments cellulaires sont entourés d'une substance fondamentale plus ou moins développée et plus ou moins serrée qui donne naissance à des enchondromes plus ou moins durs, selon son abondance.

Ce serait une erreur de croire que les enchondromes sont toujours des tumeurs du type purement cartilagineux. Pour Ziegler, ces tumeurs sont toujours mélangées de tissu osseux ou ostéoïde, de tissu fibreux ou sarcomateux.

Quant au point de départ de la tumeur, c'est dans l'os lui-même qu'elle se fait par noyaux hétéropiques de cartilage.

Les tumeurs développées sur les cartilages articulaires du bassin ne sont pas des enchondromes vrais

et Ziegler donne à ces néoplasies cartilagineuses le nom significatif d'ecchondroses.

Au point de vue de la généralisation, on peut dire qu'elle se fait rarement. L'enchondrome du bassin est, le plus souvent, une tumeur du type adulte, elle grandit indéfiniment par multiplication de ses propres éléments, plutôt que par envahissement des tissus voisins. Cependant, quand la généralisation se fait, elle a lieu par les vaisseaux, surtout par les veines et l'on voit des bourgeons néoplasiques pénétrer dans celles-ci (cas de Müller). La généralisation par la voie lymphatique est une rareté, elle se rapporte à des cas de chondromes malins du type embryonnaire (Cas de Forster : Enchondrome myxomateux avec des glandes lombaires. Vienne, *Medical Wochenschrift*, 1858).

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des chondromes du bassin est assez mal connue. Une chose semble, cependant, à peu près certaine, c'est la fréquence de ces tumeurs à un âge moyen ou avancé de la vie. Dans toutes les observations que nous rapportons ou dans celles que nous avons lues, les chondromes du bassin ne se rencontreraient jamais dans l'enfance, leur plus grande fréquence nous paraît être de 25 à 50 ans.

Un point intéressant est celui de l'hérédité du chondrome. Cette notion, soutenue par Havage, dans sa thèse, nous a paru être l'opinion généralement admise par les auteurs qui se sont occupés de cette question. Nous-même, dans notre observation III, nous retrouvons que, chez un sujet porteur d'enchondromes multiples, « la mère portait, au niveau des tendons rotuliens, deux petites tumeurs dures semblables à celles de son fils ».

Dans l'observation VIII de la thèse de François, Paget rapporte que, dans une famille, le père ayant

eu un enchondrome du radius, le fils mourut d'un enchondrome du bassin.

Zeltner, dans sa dissertation inaugurale, rapporte le cas de la famille Pélerin, « où il y avait des formations d'enchondromes multiples, durant trois générations, dans différentes parties du squelette ».

Weber signale un cas plus curieux encore : « Un
« patient de 25 ans est porteur d'un enchondrome
« gigantesque qui avait déformé tout le bassin. Son
« grand-père était mort d'une tumeur du fémur gau-
« che, laquelle devait être très probablement un
« enchondrome cystiquement ramolli. Son père,
« homme vigoureux, de 62 ans, est affecté de tumeurs
« aux bras et aux jambes, il a déjà été opéré d'un
« enchondrome du poids de deux livres. Son frère,
« âgé de 18 ans, très sain, est affecté d'un grand
« nombre de tumeurs du squelette. Sa sœur, âgée
« de 23 ans, a des tumeurs bosselées assez considé-
« rables aux deux fémurs. Une autre sœur et la
« mère n'avaient rien ».

La notion de l'hérédité nous paraît donc une notion vraie, et nous pensons qu'on peut admettre l'hérédité, sinon comme cause constante, tout au moins comme cause prédisposante de l'enchondrome.

Quant au traumatisme si souvent invoqué dans l'étiologie des tumeurs en général, il ne nous a pas semblé que ce soit une cause bien nette des tumeurs cartilagineuses.

Weber admettait que, dans la moitié des cas, l'enchondrome était rapportable à un traumatisme. Mais, comme le dit Zeltner : « En y regardant d'un peu

« près, des doutes s'élèvent sur cette doctrine et l'on
« se demande comment le traumatisme peut engen-
« drer, au sein du tissu osseux, des tumeurs du type
« cartilagineux. Il semble préférable d'admettre la
« théorie de l'inclusion, soutenue par Conheim, et de
« dire que la prédisposition individuelle a détruit la
« doctrine de l'irritation ».

La grossesse, dont on avait, un moment, admis le rôle dans le développement de l'enchondrome, avait été, ces derniers temps, reléguée au second plan.

A la suite de l'observation de Rissman que nous rapportons et conformément à l'opinion de cet auteur nous sommes tenté d'admettre que la grossesse doit avoir une influence sur l'évolution de l'enchondrome ; si elle ne le fait pas naître, elle nous semble au moins hâter son développement.

Parmi les causes étiologiques, Virchow indiquait le rachitisme, mais cette opinion presque isolée n'est plus guère admise aujourd'hui.

M. Charles Waltner admet, au point de vue de la fréquence du chondrome selon les sexes, que l'homme serait plus atteint que la femme.

Sans trop nous attarder à cette discussion d'ordre secondaire, nous dirons cependant que nous avons été frappé par le nombre des cas signalés chez la femme.

François, dans sa thèse, rapporte cinq cas d'enchondrome du bassin chez la femme et seulement deux chez l'homme.

Heptenmacher retrace l'histoire d'une dizaine de femmes atteintes d'enchondrome intra-pelvien.

Rissmann donne une observation d'enchondrome du bassin chez une femme.

L'observation du médecin anglais Clarck, que nous étudions, se rapportait à une femme.

Il nous semble donc prématuré de conclure à la plus grande fréquence de l'enchondrome chez l'homme.

L'enchondrome n'est pas une tumeur fréquente et l'on a pu dire à juste titre que l'enchondrome du bassin est une des localisations les plus rares des tumeurs cartilagineuses.

Follin, dans un relevé de 104 cas d'enchondrome, les répartit de la façon suivante :

Tête : 15, dont 9 pour la mâchoire inférieure.

Membres inférieurs : 50.

Membres supérieurs, doigts : 39.

Tronc : 9, dont 6 pour le bassin.

Wirchow, dans son *Traité des Tumeurs*, donne, sur la part qui revient à chaque segment du tronc, les renseignements suivants :

« L'enchondrome affecte plus souvent le bassin que les côtes et les os du crâne. Ces derniers sont plus souvent affectés que les vertèbres, la clavicule et le sternum.

« Parmi les cas du tronc, les os du bassin et l'omoplate seraient le plus souvent le siège des tumeurs cartilagineuses ».

SYMPTOMES

Au point de vue clinique, il est une division, déjà ancienne, que nous tenons à conserver, c'est celle qu'adoptèrent Desault et Dolbeau. C'est la division en chondromes développés à la surface extérieure du bassin, ou chondromes extra-pelviens, et en chondromes prenant naissance à l'intérieur du pelvis, ou chondromes intra-pelviens.

I. — ENCHONDROMES EXTRA-PELVIENS

Le début de ces tumeurs est remarquablement lent et insidieux. C'est presque à l'insu du malade qu'elles grandissent et, souvent, elles ne se révèlent que par les troubles fonctionnels qu'elles déterminent : un peu de gêne dans la marche, quelques douleurs nerveuses de compression ou des œdèmes.

Mais, après un temps, souvent très long, la tumeur, qui a subi un accroissement incessant, présente les caractères suivants :

Au-dessus ou au-dessous de l'arcade crurale, c'est-à-dire dans la région du pli de l'aîne, d'autres fois au-dessus de l'articulation de la hanche (cas de M. le professeur Poncet) on voit saillir une tumeur dont les dimensions peuvent être énormes et qui masque plus ou moins les régions voisines en les déformant. Si la tumeur a pris naissance sur la branche horizontale du pubis et sur la branche ischio-pubienne, elle bombera en avant, soulèvera le pli inguinal, gagnera en bas le triangle de Scarpa, en haut la partie inférieure de l'abdomen. Si la tumeur a pour point de départ l'os coxal, elle se portera sur le côté, couvrira plus ou moins l'articulation de la hanche dont elle pourra limiter les mouvements en l'enserrant en haut et sur les côtés. Cette dernière tumeur, enfin, pourra rentrer dans le bassin en pénétrant à travers les échancrures sciatiques, ou en contournant en haut la crête iliaque.

A la simple inspection, cette tumeur, du moins quand elle possède une certaine grosseur, ne paraît pas nettement arrondie, elle n'est pas lisse, on y voit des points acuminés, des bosselures, et c'est là un des caractères capitaux des enchondromes dont la palpation nous donne une sensation plus parfaite encore. En effet, si, quand on palpe un enchondrome encore de petites dimensions, on peut trouver une tumeur assez dure, assez régulièrement arrondie et lisse, au contraire, quand on se trouve en présence d'un chondrome de grande taille, on remarque toujours ces bosselures caractéristiques. La tumeur est irrégulière, mamelonnée. Elle ne présente pas

sur tous ses points la même consistance. Sur les points les plus saillants on retrouve, le plus souvent, une consistance très ferme, presque « pierreuse » par place ; à côté se présenteront des points rénitents, quelquefois même franchement fluctuants, quand, dans le sein de la tumeur, se seront développés ces grands kystes que nous avons signalés au chapitre de l'anatomie pathologique.

Généralement cette tumeur est fixe, elle est fortement adhérente à l'os sur lequel elle prend une large base d'implantation et c'est là encore un de ses gros caractères.

La peau n'est pas adhérente à la tumeur, elle n'est pas non plus ulcérée à proprement parler, mais quand l'enchondrome est de dimensions considérables, elle peut, comme dans le cas de M. le professeur Poncet être « livide par place, distendue et près d'être envahie ».

Signalons, pour en finir avec les signes physiques, la présence assez fréquente sur les téguments de circulations collatérales plus ou moins développées, indice de compressions veineuses profondes.

Les troubles mécaniques déterminés par la tumeur sont des plus variables, en rapport surtout avec le développement plus ou moins grand de l'enchondrome et les régions anatomiques qu'il envahit.

Les phénomènes le plus souvent observés sont des douleurs généralement assez vagues dues à des compressions nerveuses (l'enchondrome étant indolent par lui-même), quelques élancements et quelques fourmillements dans le membre où siège la

tumeur. Mais ces douleurs sont, disons-le, peu considérables, en tout cas, inconstantes.

L'œdème des membres inférieurs, assez souvent signalé, peut manquer, lui aussi, c'était le cas du malade de M. le professeur Poncet.

Quant à la gêne des mouvements de la cuisse et à la claudication que peuvent présenter les malades, il ne serait pas juste de l'attribuer toujours à l'envahissement de la cavité cotyloïde par la tumeur entraînant, soit une participation directe de la tête fémorale à la néoplasie, soit une luxation de cette saillie articulaire.

La cavité cotyloïde a pu être perforée (5^e conclusions de la thèse de François), mais, le plus souvent, il nous semble que les troubles dans les mouvements articulaires et la marche doivent être rapportés soit à l'enserrement de la tête fémorale par la tumeur qui la déborde en haut et sur les côtés (cas de Roux), soit à l'envahissement, à la dégénérescence et à la disparition plus ou moins complète des muscles pelvi-trochantériens.

II. — ENCHONDROMES INTRA-PELVIENS

Lorsque l'enchondrome se développe dans l'intérieur du bassin, le début de l'affection passe complètement inaperçu. La tumeur cartilagineuse n'a pas de signe clinique qui lui soit vraiment propre et, développée dans la cavité pelvienne où passent tant d'organes, elle ne se révélera, le plus souvent, que par les troubles de compression qu'elle entraîne du côté

des viscères, des vaisseaux ou des nerfs. Le tableau clinique qu'on peut retracer de l'enchondrome intrapelvien reste donc forcément imprécis et les divers signes de compression qu'on trouve notés restent étroitement subordonnés à la localisation et à la dimension de la tumeur.

Dans certains cas, le malade accuse des douleurs dans les lombes, les fosses iliaques. On a signalé des douleurs rectales ou vésicales, s'irradiant jusqu'au sciatique.

Dans d'autres cas, c'est d'une véritable névralgie sciatique que le malade se plaint. Quoique plus rare que dans l'ostéo-sarcome, cette sciatique symptomatique nous paraît, cependant, avoir été assez souvent signalée.

D'autres troubles nerveux peuvent exister. Dans le cas de Zeltner que nous rapportons, les douleurs, d'abord très peu vives, simple sensation de fourmillement, changèrent ensuite de caractère et devinrent plus aiguës. On nota des paresthésies. Les troubles moteurs s'accusèrent. La jambe subit une notable atrophie.

Un accident noté est la gêne dans la marche.

Les œdèmes sont peut-être moins fréquents qu'on ne serait tenté de le supposer ; les compressions veineuses existent cependant, mais la circulation en retour s'ouvre de nouvelles voies par le développement des circulations collatérales (Obs. I de la thèse de François).

Mais de beaucoup, les signes le plus souvent signalés sont les compressions du rectum et de la vessie.

Le malade vient consulter le médecin parce qu'il ne peut plus aller à la selle ou uriner que difficilement, c'est alors que le chirurgien, mis en éveil, pratique le toucher rectal, ou le toucher vaginal et découvre ainsi la tumeur. Au point de vue des sensations physiques l'enchondrome intra-pelvien, qu'on le perçoive à travers la paroi abdominale ou par le toucher rectal ou vaginal, donne, de même que l'enchondrome externe, la sensation d'une tumeur bosselée et tellement fluctuante par place que, dans l'observation personnelle de François, elle fut prise pour un kyste de l'ovaire.

Nous ne saurions aller plus loin dans la description de l'enchondrome intra-pelvien qui, nous le répétons, n'a aucune physionomie clinique qui lui soit propre

Les troubles généraux, dans les deux variétés d'enchondromes, inettent assez longtemps pour s'installer.

Dans les enchondromes intra-pelviens, il est facile de concevoir qu'avec les troubles de compression exercés sur les viscères, la déchéance de l'organisme doive arriver vite. Mais, même dans l'enchondrome extra-pelvien, en dehors de toute complication du côté de l'intestin ou de la vessie, il nous a paru que les malades porteurs de tumeurs volumineuses présentaient un amaigrissement, une cachexie particulière qui n'est pas celle du cancer, mais qui pourrait peut-être, comme cette dernière, être rapportée aux produits élaborés par la tumeur et résorbés par l'organisme.

DIAGNOSTIC

La division : enchondromes du bassin, enchondromes intra-pelviens et enchondromes extra-pelviens, que nous avons adoptée pour l'étude clinique de ces tumeurs va nous servir de nouveau pour le diagnostic. En effet, selon que les tumeurs cartilagineuses du bassin grandissent vers l'extérieur ou s'accroissent à l'intérieur du pelvis, les considérations de diagnostic varient du tout au tout. Une tumeur extra-pelvienne dont on peut apprécier tous les contours, la consistance et tous les caractères physiques, que le malade aura pu suivre presque chaque jour dans son évolution, différera singulièrement comme difficulté d'appréciation d'une autre tumeur développée dans l'intérieur du bassin, qu'elle ne se révélera que par des troubles fonctionnels plus ou moins vagues, en tout cas jamais pathognomoniques.

Si le diagnostic du premier genre de ces tumeurs a pu souvent être porté presque à coup sûr durant la vie, la connaissance exacte des enchondromes

intra-pelviens n'a guère été, le plus souvent, qu'un diagnostic d'autopsie et même de microscope.

I. — ENCHONDROMES EXTRA-PELVIENS

Pour bien distinguer l'enchondrome des autres tumeurs du bassin, nous redirons brièvement que la tumeur cartilagineuse débute vers un âge moyen de la vie, que son accroissement se fait avec une extrême lenteur, mais qu'elle atteint parmi toutes les tumeurs les dimensions les plus considérables, qu'elle offre une surface d'abord assez régulière et dure mais que, plus tard, la tumeur se soulève en mamelons et se creuse de cavités kystiques, plus ou moins grandes. Les douleurs spontanées ou à la pression sont fort obtuses, les symptômes douloureux vrais relèvent de la compression.

La généralisation est rare, la cachexie n'est pas celle du cancer.

Les caractères de l'enchondrome diffèrent selon que la tumeur est toute petite ou possède déjà un certain volume.

L'enchondrome de grosses ou de moyennes dimensions est relativement facile à reconnaître, on devra surtout le distinguer du fibrome et du sarcome.

Le fibrome est plus rare que l'enchondrome; son point d'implantation a lieu surtout au niveau de la crête iliaque, dans les points où les aponévroses se fusionnent avec l'os. Mais, il faut bien le dire, les tumeurs fibreuses du bassin sont encore trop mal

connues pour qu'on puisse arriver à un diagnostic précis.

Dans l'ostéo-sarcome du bassin, la douleur du début est le fait capital et souvent le signe initial de l'affection. Cette douleur a un caractère bien particulier, sur lequel insiste Havage, c'est sa soudaineté. La douleur subite, atroce, surprend souvent un sujet dans un bon état de santé apparent. Rapidement la tumeur bosselée, irrégulière atteint un grand développement. Parfois on sent la crépitation parcheminée, indice du sarcome central, d'autres fois la tumeur est animée de battements. Si les accidents de compression ne se distinguent guère de ceux de l'enchondrome on peut dire que, dans l'ostéo-sarcome, leur marche est plus rapide, et c'est souvent en peu de temps que le malade voit grandir sa tumeur, qu'il la voit s'ulcérer et qu'il meurt.

Lorsque l'enchondrome est de petit volume on devra le distinguer, d'une part, des tumeurs de voisinage, d'autre part des productions osseuses du bassin, telles que les déformations rachitiques les cals, les exostoses.

Des tumeurs de voisinage nous dirons peu de chose.

Certaines tumeurs à tissu cartilagineux peuvent naître du tissu cellulaire du pli de l'aîne, ou du moins semblent en partir, mais, pour Dolbeau ce ne sont que des enchondromes nés du bassin et qui se sont pédiculisés, ce sont les tumeurs décrites par Cruveilhier; sous le nom caractéristique d'ostéo-chondrophytes pédiculés. Leur distinction d'avec les enchondromes développés aux dépens même des parois osseuses peut

devenir d'une extrême difficulté. Nous rappellerons, toutefois que ces derniers font mieux corps avec l'os, qu'ils sont bien moins mobiles.

Les tumeurs ganglionnaires n'adhèrent pas à l'os et ne seront guère confondues après un examen sérieux de toutes les causes d'adénopathie.

Les anévrysmes ont généralement des signes bien particuliers ; l'erreur a été commise, cependant, de prendre pour un anévrysme un enchondrome entouré d'un gros réseau de vaisseaux.

Quand la tumeur est petite et qu'elle adhère à l'os, le diagnostic le plus difficile est celui de l'exostose. On se rappellera, cependant, que les exostoses sont souvent multiples et qu'elles ne subissent aucun développement,

Reste le kyste hydatique du bassin. Celui-ci débute souvent après un traumatisme.

Les accidents de compression sont peu fréquents. La tumeur est molle, fluctuante, souvent réductible. Le volume ne dépasse guère celui du poing.

Les attitudes vicieuses du membre sont souvent signalées ; la ponction, dans les cas douteux, tranchera le diagnostic.

II. — ENCHONDROMES INTRA-PELVIENS

C'est pour ces tumeurs qu'on se heurte presque toujours à d'extrêmes difficultés de diagnostic. La tumeur cartilagineuse du bassin simule toutes les autres tumeurs intra-pelviennes, quel que soit leur point de départ. Nous ne pouvons entrer dans le

détail de chacun de ces diagnostics ; qu'il nous suffise de dire que dans les cas d'œdème d'un des membres inférieurs ou de névralgie sciatique, on devra examiner le bassin systématiquement et pratiquer les touchers rectal et vaginal.

Toutes les tumeurs de l'utérus, de l'ovaire (cas de François, enchondrome pris pour un kyste de l'ovaire), de la prostate (cas de Poncet, enchondrome pris pour une tumeur prostatique), les masses ganglionnaires de la fosse iliaque chroniquement enflammées, les anévrysmes, les abcès froids peuvent prêter à confusion, si l'on n'a pas soin de se rendre le compte le plus exact de la marche de l'affection des symptômes spéciaux à chacun des organes et surtout des relations que la tumeur présente avec le squelette.

MARCHE ET PRONOSTIC

Il n'est pas facile d'établir, d'une façon générale, le pronostic du chondrome.

Si l'on se place au point de vue anatomo-pathologique, nous avons vu que, le plus souvent, l'enchondrome est une tumeur du type adulte, par conséquent peu susceptible de généralisation et relativement bénigne.

Mais, nous ne saurions oublier, non plus, que des cas probants d'extension au système veineux et lymphatique ont été signalés, que des cas de récurrence se sont produits et la parole de Virchow que « le beau rêve de la bénignité du chondrome doit s'évanouir », ne peut s'effacer de l'esprit.

Au point de vue clinique, la question devient encore plus embarrassante; si, dans la majorité des cas, la tumeur reste indolente, stationnaire, sans tendance à l'envahissement, il en est d'autres, au contraire, où l'enchondrome se comporte comme une véritable tumeur maligne. Les chondromes qui

évoluent lentement sont, de préférence, les tumeurs dures et peu vascularisées, les chondrômes à allure maligne sont plutôt les chondromes mous.

Dans l'appréciation de la gravité du chondrome, il faut encore tenir un grand compte de la région dans laquelle il s'est développé.

Le chondrome extra-pelvien, est évidemment, le plus bénin. Ce n'est que lorsqu'il a atteint de grandes dimensions, que l'on voit apparaître cette cachexie spéciale, cet amaigrissement que nous avons déjà notés et qui sont susceptibles d'entraîner la mort du malade.

Quant à l'enchondrome intra-pelvien, on peut aisément s'en figurer toute la gravité ; que la tumeur gagne le petit bassin ou qu'elle grandisse dans la fosse iliaque interne, il arrive toujours un moment où elle comprime et arrête plus ou moins le fonctionnement d'organes essentiels à la vie et, fatalement, par son accroissement incessant, elle conduit le malade à la mort.

TRAITEMENT

Il ne sera, bien entendu, question, ici, que du traitement chirurgical, le traitement médical n'ayant jamais donné aucun succès.

Mais il s'en faut que le chirurgien doive toujours s'attaquer aux enchondromes du bassin.

« Il y a des chondromes, disait Heurteaux, auxquels on ne doit pas toucher, il y en a même que « l'on doit respecter ». Quand l'intervention est indiquée, le seul traitement rationnel est l'extirpation ; mais, au point de vue des indications opératoires, il est utile de tenir compte d'un grand nombre de circonstances et si, parfois, en raison du siège de la tumeur, de ses dimensions relativement modérées, du bon état des téguments, on a pu tenter des opérations hardies, couronnées de succès, il est des cas où le traitement a dû se borner à des extirpations partielles à de simples ponctions, en un mot, à n'être que palliatif.

En résumé, le traitement de l'enchondrome du bassin peut être nul, curatif ou palliatif.

Les enchondromes qui se prêtent le moins à une tentative opératoire sont les enchondromes développés à l'intérieur du bassin. Ceux-ci, en effet, ont une marche lente et insidieuse et, quand ils se révèlent, ils ont déjà contracté, avec les organes du bassin, de telles connexions qu'il serait téméraire de tenter une intervention.

Nous n'hésitons donc pas à dire, avec Rismann, que si un enchondrome, interne au début de son évolution, doit être largement extirpé plus tard, quand il a donné lieu à des troubles de compression, l'opération est dangereuse. L'intervention, dans ce cas, fut, du reste, tentée. Nous ne rappellerons ici que le cas de Billroth, qui opéra un enchondrome partant du pubis, remplissant la moitié gauche du bassin et comprimant la vessie et le rectum. La malade mourut d'anémie post-opératoire.

Les enchondromes extra-pelviens sont plus accessibles au chirurgien. Mais quelles sont les indications opératoires ?

Quand l'enchondrome est encore tout petit et que sa marche est extrêmement lente, qu'il reste dur et indolent, Heurteaux conseillait l'abstention, de même, du reste, que Dolbeau qui n'admettait l'opération que lorsque l'enchondrome ne reste plus stationnaire et qu'il augmente de volume. Cette notion est, évidemment, discutable, nous ne saurions prendre parti pour ou contre elle. Mais, nous nous demandons, cependant, s'il n'y aurait pas bénéfice

pour le malade à être débarrassé de suite d'une tumeur qui évoluera un jour ou l'autre et qui peut, bien que le cas soit très rare, donner lieu à des métastases, ou même devenir maligne.

Quant aux enchondromes externes de grand volume, de nombreux chirurgiens, surtout à l'étranger, s'y sont attaqués et parfois avec succès. Nous rappellerons les cas de Marcuse, de Bergmann, d'Israël, de Roux, qui tentèrent des opérations hardies, suivies de guérison. Il est certain que, parmi toutes les tumeurs, l'enchondrome est celle qui, en raison de son peu de tendance à la récurrence et à la généralisation, semble autoriser les opérations les plus graves. Cependant, il est quelques contre-indications que nous nous contenterons d'énumérer sans y insister. Ce sont : un état cachectique trop avancé ; des métastases dans le poumon, le foie ou d'autres organes ; un état de la peau trop mauvais pour qu'on puisse espérer un lambeau solide.

Quand une opération radicale est impossible, pour les raisons précédemment énumérées, on peut essayer une ablation partielle de la tumeur et, lorsqu'il y a de grands kystes, les ponctions répétées.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur PŒNCET
due à l'obligeance de M. le professeur agrégé BÉRARD.)

Homme âgé de 29 ans, originaire de la Maurienne. Ce malade fut envoyé par l'interne de porte de l'Hôtel-Dieu, au pansement de St-Philippe pour être examiné.

Depuis dix ans, il était porteur d'une tumeur de l'os iliaque gauche qui aurait subi, depuis deux ans, une poussée de développement plus aiguë.

Actuellement, cette masse, qui a la forme d'un tonnelet ou d'une outre gonflée, reposant sur la hanche gauche du malade, a des dimensions en, largeur, presque égales à celles du tronc à ce niveau. Les contours en sont arrondis, un peu bosselés avec quelques saillies plus acuminées ; ils masquent complètement ceux de l'os iliaque correspondant et des régions fessières et crurales gauches.

En haut, la tumeur remonte jusqu'au niveau d'une horizontale passant à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic en bas ; elle arrive à l'union du $\frac{1}{4}$ supérieur et des $\frac{3}{4}$ inférieurs de la cuisse.

La peau n'est ulcérée en aucun point, mais elle est, par place, livide, distendue et près d'être envahie.

De grosses veines de circulation collatérale sillonnent les téguments, surtout au voisinage du pli de l'aîne. La saphène correspondante et les rameaux de son territoire sont également ectasiés.

La consistance de cette masse est solide avec des points très résistants, presque pierreux, surtout au niveau des lobules les plus saillants. En d'autres points, la tumeur est résistante mais sans qu'on puisse affirmer la présence de kystes. La tumeur est très solidement adhérente, et par une large base, à l'os iliaque gauche dans lequel elle s'est développée, au dire même du malade. Elle ne semble pas encore

avoir envahi l'extrémité supérieure du fémur et, si les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont limités en tous sens, c'est surtout à cause de l'envahissement des muscles pelvi-trochantériens et psoas iliaque.

Comme la marche est encore possible, peu douloureuse, les désordres de l'articulation coxo-fémorale elle-même doivent être assez limités. La claudication que présente le malade n'est pas celle d'une luxation de la hanche par envahissement de la cavité cotyloïde, elle est due à l'envahissement maximum des muscles pelvi-trochantériens par la tumeur.

On ne trouve pas de noyaux métastatiques à distance et la palpation de la fosse iliaque gauche la montre seulement surélevée par la masse néoplasique principale qui a refoulé la lame iliaque interne, sans qu'on trouve, le long des vaisseaux et plus haut, le long de la colonne, des noyaux secondaires et des masses ganglionnaires.

La circulation collatérale du membre inférieur gauche doit tenir à la gêne de circulation dans les veines iliaques; cependant cette circulation de supplément est suffisante pour qu'il n'y ait pas d'œdème notable du membre correspondant.

Le malade est très amaigri, il a une teinte cachectique des téguments et, pourtant, n'accuse aucun trouble du côté des os (colonne vertébrale), ou des viscères (poumon, foie), qui permet de conclure à une généralisation.

Actuellement il serait impossible de rien tenter comme opération d'exérèse. En admettant même qu'on puisse songer à tenter la désarticulation inter-ilio-abdominale, l'état des téguments, du lambeau fessier et du lambeau crural rendrait leur conservation impossible.

Le malade, d'ailleurs, refuse toute opération; interrogé sur la cause de son arrivée si tardive à l'hôpital, il dit que le médecin consulté par lui, 4 ans avant, lui avait déclaré qu'il n'y avait rien à tenter.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET,
par M. SARGNON, interne.)

Jean A..., 50 ans, maréchal. Antécédents héréditaires : père mort de vieillesse, aucun antécédent pathologique dans la famille. Quatre enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures graves. Adénopathie non suppurée du cou, dans l'enfance.

Pas d'alcoolisme, pas de maladie vénérienne, jamais de blennorrhagie.

Début de l'affection. — Depuis trois mois le malade a remarqué que ses matières sont rubannées ; à ce moment-là, il n'y avait ni douleur, ni rectorrhagie, ni constipation, ni troubles urinaires.

Il y a huit semaines, à la suite d'un écart de régime, le malade ne put uriner le lendemain matin. Il prit de la tisane et put uriner le soir. Pas d'hématuries. Ce jour-là il ne put aller à la selle et fut obligé de prendre un lavement, depuis lors il ne peut aller à la selle qu'avec un lavement. Les matières ne sont pas dures, mais toujours rubannées. Depuis cette époque le malade souffre dans la région anale et la région vésicale. Pas de douleurs en urinant. Pas de rectorrhagies ni d'hématuries.

Au toucher, on constate une tumeur énorme, dure, sans points fluctuants, sans bosselures, développée au niveau de la prostate. Le doigt est serré entre la tumeur et le squelette postérieur. Il ne peut atteindre la limite supérieure de la tumeur, surtout développée à droite.

Le rectum est sain, mais fortement comprimé.

A l'exploration abdominale antérieure, on ne constate rien du côté de la vessie.

Le palper est peu et même pas douloureux.

L'exploration profonde au-dessus du pubis permet de sentir nettement la tumeur qui paraît plus volumineuse à droite et *se prolonger avec le bassin*.

La malade souffre peu dans le bas-ventre.

Pas d'adénopathie, pas de ganglions sus-claviculaires.

Pas de douleurs dans les membres inférieurs.

Pas d'amaigrissement, pas de teinte cachectique.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Urines normales, ni albuminurie, ni sucre.

Le diagnostic porté est celui de tumeur pelvienne.

Le diagnostic probable est celui d'enchondrome intra-pelvien.

Le malade part avec un traitement tonique.

On refuse toute intervention.

OBSERVATION III

ENCHONDROMES MULTIPLES.

Jean P..., 50 ans.

Père âgé de 84 ans; mère morte à 70 ans, d'une maladie de cœur, ayant eu, au niveau du ligament rotulien antérieur, de petites tumeurs dures, semblables à celles de son fils.

Bonne santé antérieure. Aucune maladie grave.

Depuis 20 ans environ, ce malade a remarqué, aux deux genoux, sur le trajet du ligament rotulien, la présence de petites tumeurs dures qui se sont accrues lentement en deux ans à peu près et ont pris le volume actuel.

Il n'a jamais souffert et n'a jamais été gêné.

Il y a dix ans, environ, se sont montrées, presque simultanément et sans douleur, des tumeurs semblables au niveau des tendons d'Achille, au niveau des tendons du triceps, et sur la main gauche, sur l'annulaire, sur le dos de la main et,

depuis cinq ans, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt.

Depuis septembre 1892, ce malade est pris de douleurs sourdes avec quelques crises aiguës. Ces douleurs s'irradient surtout le long du sciatique. Le malade est un peu gêné pour marcher.

Gêne de la défécation et de la miction.

Actuellement, le malade, qui a un assez bon état général, bien qu'il ait un peu maigri et qu'il ait des phénomènes de compression vésicale et rectale, présente plusieurs tumeurs de volume variable qui, toutes, ont ce caractère d'être dures, un peu mobiles et sans adhérence à la peau.

On en trouve :

- 1° De chaque côté du tendon d'Achille aux deux jambes.
- 2° Au niveau du ligament rotulien des deux genoux (volume d'une petite pomme).
- 3° Au niveau de l'insertion du triceps sur l'olécrâne.
- 4° Aux doigts de la main gauche sur l'annulaire et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt.
- 5° Mais ce qui attire surtout l'attention, c'est la présence d'une tumeur semblable du volume d'un gros ganglion, située sur l'arcade de Fallope.

De plus, on sent par la palpation abdominale une volumineuse tumeur de même consistance à contours nets, dure, occupant la fosse iliaque gauche.

Cette tumeur, dont il est difficile de saisir les prolongements dans le petit bassin, paraît en rapport avec les phénomènes de sciatique et de compression vésicale et rectale que présente le malade.

Le malade quitte l'hôpital sans qu'on soit intervenu.

OBSERVATION IV

(Observation traduite de CLARK. — In *Saint-Thomas hosp. Rep.*, 1887, London.)

ENCHONDROME DU PELVIS.

Femme d'âge moyen. Elle ne pouvait donner sur elle que peu de renseignements, si ce n'est que, lorsqu'elle se présentait à l'observation, elle était affligée, depuis trois ans, d'une tumeur au-dessus de la hanche, que la croissance de cette tumeur fut graduelle et empêcha peu à peu les mouvements et affecta par degré sa santé générale.

Sa tumeur avait évidemment son origine dans l'os, elle était limitée au côté gauche. On pouvait la suivre depuis l'extérieur du pelvis, par dessus la crête iliaque, jusqu'à l'intérieur du bassin où elle empiétait évidemment sur les viscères y contenus.

La malade était anémiée et manquait d'appétit et de sommeil.

Je fis le diagnostic de cancer médullaire de l'os, mais le résultat prouva que je m'étais trompé. Elle vécut un temps considérable à l'hôpital, mais, à la fin, elle baissa assez rapidement.

La tumeur était complètement limitée à l'os et englobait presque tout l'os innommé. La crête iliaque et certaine partie de l'ischion étaient les seules parties qui conservaient leur structure normale.

L'excroissance s'étendait de tous côtés et formait une tumeur solide de 8 pouces $1/2$ de diamètre vertical et de 9 pouces horizontalement. En faisant une section on trouva que c'était un enchondrome.

Les apparences au microscope étaient celles du cartilage. Le rectum, le vagin et la vessie étaient déplacés.

Les conduits de chaque rein étaient dilatés par suite de la compression de la vessie.

Il y avait des traces de péricardite récente qui, probablement, hâtèrent la mort, bien que, pendant la vie, il n'y en ait pas eu de symptômes qui attirassent l'attention.

OBSERVATION V

Traduit de l'allemand, KISKMANN.

Mlle G..., âgée de 20 ans, primipare, fut transportée en travail dans l'institution, le 8 avril, à 9 h. du matin.

Selon le dire de la parturiente, les douleurs s'étaient déclarées le 6 avril, à 8 heures du soir. La poche des eaux se rompit le même soir, à 10 heures, après quoi les douleurs commencèrent à être plus faibles et plus rares. Un médecin, qui l'avait examinée le 2 avril, l'envoya dans l'institution pour tumeur du bassin.

La parturiente déclara aussi qu'elle s'était aperçue pendant la grossesse, de l'accroissement d'une tumeur dans la région de l'aîne droite.

Cette femme, de taille moyenne, ne présente aucune trace de rachitisme sur le corps. Le fœtus est dans la 2^e position, les bruits du cœur sont distincts. Avec les eaux s'écoule une assez grande quantité de méconium. A l'examen extérieur, on trouve, étant apparemment placée sur la branche droite supérieur du pubis, une tumeur dure, un peu tubéreuse, de la grosseur d'un œuf d'oie, qui ne se laisse pas déplacer.

A l'examen interne, on trouve également une tumeur distinctement tubéreuse, ne se laissant pas déplacer, qui, en s'étendant du côté droit du bassin, remplissait tellement la cavité du bassin qu'il ne restait plus à gauche qu'une fente en forme de croissant et large de 2 centim. $1/2$ à travers laquelle on peut, avec la pointe des doigts, atteindre le museau de tanche.

Quant aux parties fœtales, on ne peut les sentir par le toucher.

Température 38°.

Après ces constatations, il ne pouvait être question que de l'opération césarienne, bien que le moment favorable à cette opération soit déjà passé.

Après la section du revêtement abdominal s'écoulent plusieurs cuillers à bouche d'un liquide séro-sanguinolent. On remarque aussi que le péritoine n'a pas son éclat habituel, qu'il est légèrement injecté. L'utérus est dans une situation frappante. Son bord gauche regarde à droite et en avant, de sorte que l'ovaire gauche se trouve à peu près à la ligne blanche de l'abdomen.

Le fœtus est vivant, c'est un garçon du poids de 2 kg. 700 et long de 48 cm.

Le 16 avril, à 11 heures du soir, la malade meurt. L'autopsie montra qu'il s'était déclaré une péritonite purulente.

OBSERVATION VI

(Traduite de Zeltner. — Dissertation inaugurale. — Erlangen 1898.)

Homme, 54 ans.

Peu de renseignements sur les antécédents et sur l'évolution de la maladie.

Le patient consulta la première fois un médecin, un an et demi avant sa mort. Il se plaignait surtout de douleurs dans la jambe droite, et ces douleurs, à son dire, existaient depuis un an, et elles restaient surtout localisées à la jambe droite.

Les troubles de la sphère sensitive étaient prépondérants ; ils consistaient en paresthésies durables. Le malade avait des sensations de fourmillements et, peu à peu, les douleurs changèrent et s'accrurent. De même les troubles de motilité,

peu prononcés au début, devinrent plus accusés. En même temps apparut l'atrophie de cette jambe.

On ne trouva pas d'œdème ni de phénomènes de stase.

La vessie et le rectum étaient troublés dans leurs fonctions. Il fallut, dans les derniers temps surtout, sonder régulièrement le patient. La constipation était opiniâtre.

Le malade est très amaigri.

Les parois de l'abdomen sont distendues par une tumeur arrondie du diamètre de 18 à 20 centimètres.

Tout le petit bassin est rempli par une tumeur énorme plus grande qu'une tête d'enfant. Le rectum est refoulé.

La tumeur, revêtue par la séreuse, adhère par sa face antérieure avec les parois du ventre.

Elle s'étend dans la profondeur, à travers le trou obturateur gauche et, hors de celui-ci, une tumeur, de la grosseur d'un poing, fait saillie dans le pli de l'aîne.

En outre une tumeur tubéreuse plus grosse qu'un œuf d'oie s'engage au-dessous du ligament de Poupart.

Autopsie. — On trouve un enchondrome du bassin ramolli.

L'intestin est repoussé en haut, la tumeur lui est agglutinée.

La vessie, agglutinée à la tumeur, est repoussée en arrière, à droite et en haut ; elle est comprimée. Hydronéphrose des deux côtés avec pyélo-néphrite ; les urines sont troubles.

Les anses intestinales sont agglomérées, le cœcum repoussé en haut, est rempli de matières épaisses. Le rectum, fortement comprimé par la tumeur, est vide de matières.

Le point d'implantation de la tumeur a lieu dans la région de la symphyse, sur la branche horizontale du pelvis gauche, sur la gauche de la branche descendante et, enfin, du côté interne de la synchondrose des trois os du bassin. Elle n'adhère aux parois du bassin que dans les endroits énoncés.

Elle fait saillie au-dessus du pubis en imitant assez bien un utérus gravide.

En outre de cette tumeur principale, on rencontre d'autres tumeurs plus petites. La première part de la symphyse et croît en dedans et en bas. Elle est du volume d'une orange moyenne. Elle reste exclusivement localisée au côté gauche du bassin.

Deux autres petites productions se rencontrent : l'une est placée sur la partie moyenne, l'autre sur la partie latérale de la branche horizontale du pubis.

La première a la grosseur d'une petite pomme, l'autre celle d'une noix.

Toutes deux s'engagent entre la tumeur principale et la paroi gauche du bassin.

OBSERVATION VII

(Roux. — Congrès français de Chirurgie.)

Emile M., 38 ans. Opéré le 3 novembre 1887.

Début, en 1885, par douleurs sur le trajet du nerf sciatique, descendant jusqu'au genou. Cette douleur s'exagère la nuit et après des travaux pénibles.

En août, le malade observe une tumeur à la sortie du nerf sciatique, tumeur dure et immobile.

En octobre, apparaît un appendice en avant.

Le reste de la tumeur grossit.

Les douleurs augmentent.

Allongement de la jambe (en apparence seulement).

Hérédité nulle.

En septembre 1887. Tumeur énorme commençant en dehors des vaisseaux fémoraux, à 10 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure s'engage dans le bassin sous le ligament de Poupart et sous le tenseur du *fascia lata*, présentant à cette hauteur un méplat qui se continue en bas sur le grand trochanter pour s'épanouir en arrière en une grande masse arrondie, à surface lisse, de

consistance ferme, résistante, qui suit la crête iliaque, débordé en arrière la syncondrose et retombe en bas derrière le trochanter pour pénétrer ensuite dans l'échancrure sciatique qu'elle diminue et enserrer le col du fémur, sauf en bas et en dedans.

Les mouvements de la cuisse sont bien conservés.

Atrophie du membre considérable.

Par deux incisions, l'une antérieure verticale près de la symphyse, l'autre énorme, postérieure, circonscrivant l'os iliaque, on sépara complètement cet os de ses connexions, en ne conservant qu'un fragment de l'ischion. Le temps difficile de cette opération, qui dura trois heures, fut la séparation de la tête fémorale qui fut dénudée de son cartilage et sectionnée obliquement.

Résultats. — Le malade put se lever au bout de deux mois. Il a pu reprendre ses occupations, il frappe du talon, mais il boîte à la façon des réséqués de la hanche et se tient sur le jambe droite seulement.

OBSERVATION VIII

(Observation personnelle de FRANÇOIS.)

Marie C..., 74 ans, journalière.

Cette femme ne donne aucun renseignement.

A l'inspection, on trouve un œdème très prononcé des membres inférieurs et de la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic ; la peau de l'abdomen est sillonnée de veines très grosses et très nombreuses, dans lesquelles le cours du sang se fait de bas en haut.

La disposition de ces veines est intéressante à connaître ; elles offrent deux gros troncs suivant le trajet de la veine épigastrique des deux côtés. Ces troncs, flexueux dans leur trajet vers l'épigastre, vont en diminuant de volume et fournissent des branches de plus en plus nombreuses. Leur dis-

position générale est donc dans un angle dont le sommet est à l'appendice xyphoïde. La direction du cours du sang dans ces veines prouve qu'il y a un obstacle à la circulation de la partie inférieure de la veine cave.

La palpation du ventre nous fait sentir deux tumeurs, l'une du côté droit, siégeant dans la fosse iliaque, du volume des deux poings, rénitente, élastique, donnant la sensation d'une poche remplie de liquide ; l'autre du côté gauche, dans la fosse iliaque gauche, ayant à peu près le même volume, mais celle-ci bosselée, irrégulière et plus dure. Cette dernière tumeur paraît être constituée par une tumeur solide. Le toucher vaginal nous accuse un col très élevé ; le doigt sent, en outre, en avant et en arrière du col, une tumeur rénitente.

Le diagnostic qui semblait le plus probable, était celui d'une tumeur fibro-kystique, multiple, de l'ovaire, constituée par un kyste et des parties solides.

Dans les jours suivants, l'œdème augmenta rapidement et devint considérable. La malade mourut, dans un état de marasme, le 10 décembre.

Autopsie, par M. Cornil. — La peau de l'abdomen divisée et écartée, on voit la tumeur, située à droite ; elle est oblongue et atteint supérieurement le coude que forme le colon transverse avec le colon ascendant ; elle part de la symphyse pubienne. Cette tumeur n'est autre que la vessie déjetée à droite par la seconde tumeur et distendue par l'urine.

A la place où l'on sent la seconde tumeur on voit des brides fibreuses qui relient le gros intestin à la tumeur sous-jacente.

Après enlèvement des anses intestinales de la vessie et des brides fibreuses, on voit, à gauche, une tumeur du volume de deux poings commençant au-dessous du rein droit atteignant inférieurement l'arcade crurale, limitée en dedans par la ligne médiane. Cette tumeur est fluctuante. Elle s'offre sous la forme d'une poche dont les parois sont formées par le

psoas dont les fibres, de couleur noire, sont amincies et distendues.

L'uretère est rejeté vers le bord interne de la tumeur qui est piriforme à grosse extrémité en haut.

La poche, incisée, donne naissance à une grande quantité de liquide couleur chocolat.

Le liquide évacué, on voit la tumeur véritable sur la surface de laquelle il existe une matière analogue à du pus concret.

La tumeur occupe toute la fosse iliaque interne : elle fait corps avec l'os ; sa couleur est jaunâtre ; sa consistance très dure. En l'extirpant on remarque que la cavité cotyloïde gauche est perforée ; l'articulation coxo-fémorale est saine, la tête du fémur est aussi saine. L'examen des viscères n'offre rien de particulier.

CONCLUSIONS

I. — L'enchondrome du bassin est une localisation rare des tumeurs cartilagineuses.

II. — Son maximum de fréquence, contrairement aux autres enchondromes, se retrouve à l'âge adulte et même à l'âge avancé.

III. — La notion de l'hérédité est incontestable dans un certain nombre de cas.

IV. — Le traumatisme et le rachitisme, invoqués comme causes occasionnelles, semblent difficiles à prouver.

V. — La grossesse, en tant que cause occasionnelle, peut être discutée. Mais, dans une de nos observations, elle hâta nettement l'évolution d'un enchondrome, si elle ne le fit pas naître.

VI. — Il ne semble pas que l'homme soit plus fréquemment atteint que la femme.

VII. — La localisation de l'enchondrome ne se fait pas forcément à la symphyse du pubis ou à l'articulation sacro-iliaque. Toutes les parties osseuses de la ceinture pelvienne peuvent en être le point de départ.

VIII. — Les enchondromes du bassin sont des tumeurs cartilagineuses, le plus souvent à type adulte, à évolution lente à extension continue, à généralisation rare.

Les cas malins à type embryonnaire répondent à des chondro-sarcomes diffus.

IX. — Cliniquement l'enchondrome extra-pelvien est une tumeur adhérent fortement à l'os, tumeur bosselée, fluctuante par place, avec des noyaux indurés, évoluant avec une très grande lenteur, mais susceptible d'acquérir des dimensions véritablement énormes.

L'enchondrome intra-pelvien présente les mêmes caractères physiques, mais, caché au-dedans du bassin, il ne se révèle guère que par les troubles de compression les plus divers. Son histoire se confond avec celle de toutes les tumeurs du grand et du petit bassin.

X. — L'enchondrome du bassin, dont la marche est lente, nous a presque toujours paru subir, à un moment donné, une poussée plus aiguë qui aggrave rapidement tous les signes.

XI. — La généralisation est rare. Elle se fait surtout par les veines et les localisations secondaires se font surtout dans le poumon et le foie.

XII. — L'enchondrome peut envahir, par contiguïté, différentes pièces du squelette. Témoins les cas d'enchondromes de la cuisse, prolongés au bassin. Mais il peut y avoir sur le corps des enchondromes multiples évoluant à des époques différentes, sans qu'on puisse conclure que le chondrome, le premier en date, s'est généralisé au squelette.

XIII. — L'enchondrome extra-pelvien est d'un pronostic relativement bénin, quand il est petit ou moyen, en raison de la lenteur de son évolution et de la rareté de la propagation à distance.

Il devient d'un pronostic grave, quand il est de grande taille, en raison de la généralisation possible, en raison aussi d'une cachexie particulière souvent notée, que l'on peut attribuer aux produits que fabrique le néoplasme et qui sont résorbés par l'économie.

L'enchondrome intra-pelvien ne se révèle, le plus souvent qu'au moment où toute opération serait dangereuse. Sa marche progressive en fait une tumeur, d'un pronostic fatal, en raison des compressions exercées sur des organes essentiels à la vie.

Le Président de la Thèse,

ANTONIN PONCET.

Vu :

Le Doyen.

LORTET.

YU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 juillet 1900.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

Imp. P. LEGENDRE et Cie, 14, rue Bellecordière, Lyon.

